MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 9

Dr .Y.RAHEM
Maitre assistant en endocrinologie
Service endocrinologie CHU TIZI OUZOU unité Belloua

Un jeune homme de 16 ans est amené en consultation par sa mère, qui s'inquiete d'un impubérisme.

A l'interrogatoire, on ne retrouve pas d'antécédents particuliers sur le plan personnel.

Sur le plan familial, son père, qui mesure 179 cm, a fait sa puberté tardivement vers l'âge de 17 ans.

Il n'y a pas d'antecedents familiaux d'anosmie ou d'infertilite.

Il est régulièrement scolarisé en classe de première et c'est un bon éléve.

Il n'a pas de difficultés relationnelles.

Il fait du sport à l'école et joue également au football dans un club 3 heures/semaine.

Il n'a aucun signe fonctionnel en dehors de

Examen clinique:

- **taille = 157 cm;**
- **poids = 47 kg;**
- **stade pubertaire = P0 ;**
- **testicules infantiles en place.**

L'âge osseux est à 13 ans, adapté à l'â ge statural.

Il n'y a pas de troubles visuels.

Un bilan hormonal de débrouillage donne les résultats suivants:

- **testostéronémie indétectable;**
- **dosage de FSH et LH ï 2 mUI/L;**
- **prolactinémie = 5 600 μg/L (N ï 10 μg/L).**

QUESTION N° 1:

Quelle est votre hypothèse diagnostique?

Réponse:

Adénome à prolactine, compte tenu des valeurs de prolactine

(diagnostic de certitude si 200 µg/L)

QUESTION N° 2:

Si la prolactinémie avait été normale, quelle autre hypothèse

auriez-vous envisagée?

Sur quels arguments?

Réponse:

- Retard pubertaire simple, devant:

- **fréquence chez le gaçron**
- **contexte familial**
- **infléchissement statural modéré progressif (absence de cassure de la courbe de croissance)**
- **âge osseux compatible avec l'âge statural**
- **absence de troubles visuels**
- **gonadotrophines basses, éliminant une atteinte primitive gonadique**
- **absence de déficit nutritionnel**
- **absence de maladie chronique, de troubles psychologiques**

- Diagnostic d'élimination après avoir éliminé causes

QUESTION N° 3:

Commentez le résultat de l'IRM hypophysaire jointe

Réponse:

Macroadénome hypophysaire

Expansion suprasellaire

Compression chiasmatique



QUESTION N° 4:

Citez deux autres types de tumeurs de la région hypophysaire fréquentes chez l’enfant et l’adolescent.

Réponse:

- **Craniopharyngiome**
- **Germinome**

QUESTION N° 5:

Le bilan hormonal complémentaire retrouve une insuffisance

corticotrope que vous substituez par 15 mg/jour

d'hydrocortisone.

La mère s'inquiète des risques de prise de poids.

Que lui répondez-vous?

Quels conseils lui donnez-vous?

Réponse:

Traitement hormonal substitutif (ou opothérapie substitutive):

- **indispensable, compte tenu de l’insuffisance corticotrope**
- **utilisation d’une hormone naturelle et non d’un corticoïde de synthèse**
- **prescription reproduisant la physiologie (2/3 dose le matin)**
- **absence d’effet secondaire si bien adapté**
- **régime normosodé**
- **doubler les doses en cas de stress ou d’infection**
- **passer aux formes injectables si vomissements**

QUESTION N° 6:

L'exploration de l'hormone de croissance retrouve une

stimulation normale de GH sous hypoglycémie

insulinique.

Quelle est la cause de la petite taille ?

Réponse:

Retard pubertaire

QUESTION N° 7:

Sous traitement médical, il fait sa puberté normalement.

Quelle était la cause de l’impubérisme?

Réponse:

Inhibition de la libération de GnRH sous l’effet de l’hyperprolactinémie

QUESTION N° 8:

Si le déficit androgénique avait persisté, que lui auriez-vous proposé comme traitement et que lui auriez-vous dit au sujet de sa fertilité future ?

Réponse:

- **Traitement substitutif androgénique**
- **Fertilité après stimulation de la spermatogenèse (par hCG/FSH)**